

Харкевич Н.Г., Петухов В.И.,
Исаченко Т.Н., Яговдик Т.И.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ

/ Витебск /

При формировании заключительного посмертного клинического, так же как и патологоанатомического диагнозов, перитонит как причина смерти фигурирует редко, так как в первом случае на первое место ставится основное заболевание, приведшее к перитониту, а у патанатомов основной причиной смерти считается причина непосредственная: острая сердечно-сосудистая недостаточность, почечно-печеночная недостаточность и так далее. Это в известной мере оправдано, так как при аутопсии собственно перитонита с его обязательными атрибутами в виде выпота, фибрина, отека или атонии кишечника, может уже и не быть, а с распространением программированных релапаротомий, тем более, особенно если смерть наступает на первые-вторые сутки от момента релапаротомии.

В то же время как, правило, именно перитонит, как заболевание, оказывающее наиболее мощное воздействие на все органы и системы организма, является первопричиной развития фатальных осложнений, приведших больного к смерти.

Нами проанализировано 30 случаев смерти больных, оперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости и потребовавших релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита.

Следует сразу отметить, что количество плановых больных в этом печальном списке значительно меньше чем экстренных, количество плановых составило 6 человек, или 20,7%, экстренные больные составили 79,3%. Несомненный интерес представляет анализ первичных диагнозов, по поводу которого оперированы умершие.

Не явилось неожиданностью преобладание больных с заболеваниями толстой кишки, такими как рак, дивертикулез, перфорация, полипоз. Эта группа составила 6 больных или 20% всего количества. Следующие, наиболее значительные группы представлены больными холециститом (5 больных, 16,7%) и язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки (4 больных, 13,3%). Основными причинами перитонита у больных острым холециститом были истечение желчи из пузырного протока при выпадении дренажа, и послеоперационное кровотечение (2 больных). В обоих случаях причиной кровотечения, по видимому, явилось нарушение свертываемости крови из-за нарушения функции печени, так как

пузырная артерия была перевязана хорошо. Из четырех больных оперированных по поводу язвы желудка и 12-ти перстной кишки все оперированы по экстренным показаниям. У одного перитонит не купировался после ушивания гигантской язвы, а у троих развился вследствие недостаточности швов анастомоза либо малой кривизны после резекции желудка на высоте кровотечения.

У троих больных релапаротомия потребовалась после операций в связи с продолжающимся панкреонекрозом и ферментативным перитонитом, трое оперировано по поводу спаечной болезни брюшной полости, у которых перитонит не купировался после первой операции.

Двое больных оперированы в связи с запущенным аппендицитом, потребовавшим первичной широкой лапаротомии, однако у обоих развилась так называемая "ранняя спаечная кишечная непроходимость", которая по сути своей является мягким синонимом послеоперационного перитонита.

Последнее время характеризуется ростом числа позднего поступления больных с экстренной патологией. Это касается и ущемленной грыжи. Умерло 2 больных оперированных повторно, у одного во время релапаротомии выявлена несостоятельность швов энтеро-энтероанастомоза, у одного — послеоперационный перитонит, развившийся в раннем спаечном процессе.

Двое больных умерло после повторных операций в связи с первичным диагнозом "болезнь Крона", три случая нами отнесено к разделу "прочие". Практически все больные имели серьезные сопутствующие заболевания, что усугубило течение послеоперационного процесса, у ряда больных релапаротомии предпринимались неоднократно.

ВЫВОДЫ:

1. Послеоперационный перитонит в сочетании с сопутствующими заболеваниями и снижением способности к адаптации, является основной причиной смерти больных острой хирургической патологией.

2. Определенную роль в развитии послеоперационного перитонита играют технические погрешности первичной операции (недостаточная санация брюшной полости, нечеткая фиксация Холстедовского дренажа и др.).